

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СО СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Петлах В.И.¹, Коновалов А.К.², Константинова И.Н.², Иванов В.А.²,
Виноградов А.Я.², Ганиев Ш.А.²*

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

² Детская городская клиническая больница № 9 им Г.Н. Сперанского, Москва

Послеоперационные спаечные осложнения остаются актуальной проблемой абдоминальной хирургии, достигая по литературным данным до 40 % от всех оперативных вмешательств. Значительная часть этих пациентов нуждается в повторных операциях, которые бывают гораздо более травматичными, чем первоначальные.

Цель: разработать тактику диагностических и лечебных мероприятий при поступлении детей со спаечной кишечной непроходимостью (СКН).

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 138 детей со СКН в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся в клинике с 2009 по 2019 гг. Всем детям при поступлении выполнялось УЗИ брюшной полости и обзорная рентгенография в вертикальном положении. В зависимости от сроков заболевания, клинической картины и данных инструментальных исследований проводилась попытка консервативного лечения.

Результаты. Из общего числа больных, госпитализированных с клинической картиной СКН, 91 (65,9 %) ребенок был прооперирован в экстренном порядке. Операцию начинали с лапароскопии, которая позволяла определить уровень непроходимости, локализацию и распространенность спаечного процесса. В 52 (37,7 %) наблюдениях оперативное вмешательство ограничивалась лапароскопическим адгезиолизисом (ЛА). Выраженный спаечный процесс, наличие признаков некроза кишечной стенки, высокий риск повреждения внутренних органов при ЛА, являлись показаниями к конверсии (8 больных, в т.ч. у 2-х детей во время лапароскопии диагностировано повреждение стенки кишки). У 31 больного операция проведена открытым способом. У 47 (34,1 %) больных явления кишечной непроходимости были разрешены консервативно, и в последующем им проведена противоспаечная терапия (ПСТ) (электрофорез с коллалезином на переднюю брюшную стенку с одновременным пероральным приемом купренила в течение 10–14 дней). Второй лечебный этап заключался в проведении повторных курсов ПСТ и ЛА в плановом порядке (33 наблюдения — 24 %). Цикл лечения состоял из 2–3 курсов ПСТ по 10 дней, с интервалом в три месяца с последующим эхографическим контролем и при необходимости лапароскопическим разделением спаек в плановом порядке.

Следует отметить, что в последние годы применяли ЛА в единичных случаях, заменяя его курсами ПСТ. Эти дети наблюдались амбулаторно с обязательным осмотром и эхографическим исследованием каждые 3 мес. в течение первого года, и 1 раз в 6 месяцев в течение 3–5 лет. Контроль эффективности проводимого лечения осуществляли с учетом данных клинического осмотра (изменение характера болевого синдрома, режима питания, оценка стула) и динамики ультрасонографических признаков.

Заключение. При коротких сроках заболевания, отсутствии признаков странгуляции возможно пробное проведение лечебных мероприятий, направленных на разрешение СКН. Лапароскопия при СКН не является безопасным вмешательством, оператор должен иметь достаточный опыт. При возникновении технических сложностей, связанных с высокой степенью риска повреждения внутренних органов и/или наличием некроза кишечной стенки показана конверсия. В послеоперационном периоде эффективно проведение повторных курсов противоспаечной терапии. При повторяющихся обострениях спаечной болезни показан ЛА в плановом порядке.